

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932

THÈSE

149
N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

DEFOSSEZ (GEORGES-OMER)

Né le 30 Décembre 1907, à ROCHEFORT-SUR-MER (Charente-Inférieure)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA CONSTIPATION HABITUELLE

ET

DE SON TRAITEMENT

Président : M. ACHARD, Professeur

NEVERS-PARIS-CASABLANCA
Imprimeries FORTIN

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

DEFOSSEZ (GEORGES-OMER)

Né le 30 Décembre 1907, à ROCHEFORT-SUR-MER (Charente-Inférieure)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA CONSTIPATION HABITUELLE

ET

DE SON TRAITEMENT

Président : M. ACHARD, Professeur

NEVERS - PARIS - CASABLANCA
Imprimeries FORTIN

1932

RACETTE DE MEDICINE DE PARIS

THESE

Année 1932

PAR

LE DOCTEUR EN MEDICINE

HONORABLE ETAT

PAR

DEBOSSEY GEORGES-OSWALD

Le 12 de Décembre 1932 à la Faculté de Médecine de Paris



CONTRIBUTION A L'ETUDE

LA CONSTIPATION HABITUELLE

ET

DE SON TRAITEMENT

Par M. ACHARD, Docteur en Médecine

Le 12 de Décembre 1932



IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI . . .	Clinique médicale.
CHIRAY . . .	Clinique médicale.
DEBRÉ . . .	Clinique médicale.
DUVOIR . . .	Clinique médicale.
BASSET . . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . .	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale.

MM.

MATHIEU. . .	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT. . .	Clinique chirurgicale.
PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ. .	Clinique chirurgicale.
LE LORIER. .	Clinique obstétricale.
LÉVY-SOLAL..	Clinique obstétricale.
METZGER. . .	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT, agrégé . .	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Éducation physique.
WEIL-HALLÉ	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

LISTE PROFESSORALE DE LA FACULTÉ

LE DOYEN. V. BALTHAZARD.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	GRÉGOIRE.
Physiologie.	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale.	LENORMANT.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose.	Léon BERNARD.
	MAUCLAIRE.
Professeurs sans chaire.	MULON.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. . . Neurologie et Psychiâtrie.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BÉNARD Henri . . Pathologie médicale.
 BROCCQ. . . . Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
 BUSQUET. . . . Pharmacologie.
 CADENAT. . . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA. . . . Pathologie médicale.
 CHABROL. . . . Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT. . Physiologie.
 CHEVALLIER. . . Pathologie médicale.
 DOGNON. . . . Physique.
 DONZELOT. . . Pathologie médicale.
 ÉCALLE. . . . Obstétrique.
 FEY. Urologie.
 GASTINEL. . . Bactériologie.
 GATELLIER. . . Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 GIROUD. . . . Histologie.
 HARVIER. . . . Pathologie médicale.
 HAZARD. . . . Pharmacologie.
 HOVELACQUE. Anatomie.
 HUGUENIN. . . Anatomie pathologique.
 HUTINEL. . . . Pathologie médicale.

MM.

JOANNON. . . . Hygiène.
 LABBÉ Henri . . Chimie biologique.
 LAROCHE Guy. . Pathologie médicale.
 LEVEUF. . . . Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiâtrie.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MONDOR. . . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU. . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET Pathologie chirurgicale.
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
 OBERLING. . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER. . . . Anatomie.
 PIÉDELIÈVRE. Médecine légale.
 PORTES. . . . Obstétrique.
 QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHEL. . . . Physiologie.
 SANNIÉ. . . . Chimie biologique.
 SÉZARY. . . . Dermatologie et Syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT Pasteur . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. . Obstétrique.
 VELTER. . . . Ophtalmologie.
 VERNE. . . . Histologie.
 VIGNES. . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

GUÉNIOT. . . . Obstétrique.
 LEQUEUX. . . . Obstétrique.
 LEROUX. . . . Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. . Parasitologie.
 RETTERER. . . Histologie.
 ZIMMERN. . . . Physique.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE.

A MA MÈRE

Faible témoignage de ma profonde affection.

A MA FIANCÉE,

A TOUS CEUX QUE J'AIME,

MEIS ET AMICIS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD

Professeur de Clinique Médicale
à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Institut,
Secrétaire Général de l'Académie de Médecine,
Médecin de l'Hôpital Cochin,
Commandeur de la Légion d'Honneur,

*qui m'a fait le très grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage :

- M. le Professeur ACHARD.
- M. le Professeur HARTMANN.
- M. le Professeur SICARD (*in memoriam*).
- M. le Docteur SCHWARTZ.
- M. le Docteur LAUBRY.

Externat :

- M. le Docteur GUIBERT.
- M. le Docteur PETIT.
- M. le Docteur RICHARD.
- M. le Docteur SÉNÈQUE.
- M. le Docteur LEMAIRE (*in memoriam*).
- M. le Docteur LÉVESQUE.
- M. le Docteur DEVRAIGNE.
- M. le Professeur Agrégé GUÉNIOT.
- M. le Docteur MARCHAL.
- M. le Docteur LORTAT-JACOB (*in memoriam*).
- M. le Docteur SCHULMANN.
- M. le Docteur TOURAINÉ.
- M. le Docteur BOUCHET.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DALSACE

*qui nous a toujours montré une très grande
bienveillance et nous a aidé durant nos
études.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR POUMAILLOUX

*auquel nous devons la meilleure partie de ce
que nous avons appris en médecine.*

RAPPEL DE PHYSIOLOGIE NORMALE ET PATHOLOGIQUE

Normalement, le chyme arrive au cœcum au bout de trois à quatre heures en moyenne et reste dans le côlon droit jusque vers la douzième heure, moment auquel il arrive à l'angle splénique, après avoir progressé vers l'angle hépatique jusque vers la sixième heure et vers le milieu du côlon transverse anatomique jusque vers la neuvième heure environ. Dans ce côlon droit, le chyme liquide est brassé par les mouvements péristaltiques et antipéristaltiques de l'intestin, il se déshydrate en partie et reçoit des éléments élaborés ou plutôt éliminés par la paroi intestinale, il progresse par à-coups dépendant de l'automatisme nerveux de l'intestin et sur lequel agissent des excitations locale dues à la masse du chyme, à des produits volatils de fermentation et aux hormones péristaltiques élaborées par les glandes digestives, et agissant sur des amas neuro-musculaires existant dans les parois du côlon transverse, dans sa région moyenne, analogues à ceux du cœur, comme l'a découvert Keith. Il y a en plus une action périphérique transmise par le pneumogastrique dont l'excitation détermine une zone de contractions siégeant vers le premier tiers du côlon, sur le transverse, près de l'angle hépatique, donnant surtout lieu à des ondes antipéristaltiques et délimitant à peu près la zone des matières liquides et des matières molles, comme l'ont bien démontré les études de Cannon, de Case et de Böhm.

Le chyme arrive dans le côlon gauche vers la douzième heure, il y progresse jusqu'au sphincter recto-sigmoïdien auquel il arrive vers la quinzième heure, grâce aux mouvements péristaltiques qui sont les mêmes que dans le côlon droit et que Holznecht a pu décomposer en grands mouvements péristaltiques intermittents et mouvements légers et continus de la musculature; les mouvements antipéristaltiques sont à peu près absents. Dans le côlon droit, les matières s'accumulent et terminent leur dessiccation. Le rectum, normalement vide, ne se remplit que juste avant que le besoin de défécation se fasse sentir.

Normalement, l'homme bien portant n'a qu'une selle par vingt-quatre heures; cependant, certains auteurs, tels que Pauchet, estiment qu'il devrait y avoir défécation vingt minutes après chaque

repas. Une selle normale, pour vingt-quatre heures, est en moyenne de 150 à 180 grammes, dont 75 % d'eau ; le reste est formé, en grande partie, de bactéries aérobies et anaérobies très nombreuses, près de la moitié du poids des matières solides, puis des restes de sécrétions digestives non résorbées, d'aliments incomplètement digérés et de substances en grande partie indigestibles telles que cellulose et poils animaux ou végétaux, de produits de la décomposition bactérienne des albumines et des hydrates de carbone, de stercobiline résultant de la réduction de la bilirubine, de sels insolubles de chaux, de fer, de manganèse et de gaz.

On a pu, physiologiquement, décomposer la constipation en trois variétés distinctes : horaire, quantitative et qualitative.

La constipation horaire se manifeste par la lenteur du transit intestinal, que l'on mettra facilement en évidence grâce au charbon, qui mettra plus de 30 à 40 heures à colorer les selles en noir. La radioscopie déterminera en quel segment est l'origine de ce retard, bien que les chiffres donnés plus haut ne soient que des moyennes sujettes à variations individuelles. Dans ce cas, la dessiccation de la selle est trop avancée, et au lieu de 75 % d'eau, on n'en trouve plus que 50 %, ce qui rend la progression des selles difficile, et même, très rarement il est vrai, seulement près de 20 %, ce qui, d'après Illoway, la rendrait impossible, quelle que soit la puissance musculaire du côlon.

La constipation quantitative se traduit par une diminution des matières solides, quelle que soit la quantité d'eau, et peut exister malgré des apparences de diarrhée ; elle peut être due, en partie, à un régime trop pauvre en aliments non assimilables.

La constipation qualitative se manifeste soit par des selles noirâtres, foncées, sèches et dures, en scybales de grosseur variable, ou fragmentées, rubanées ou conglomérées, parfois grisâtres et calcaires, jusqu'à donner des coprolithes, avec un peu de mucus blanchâtre et sanglant, soit par des selles liquides avec beaucoup de mucus et traduisant une colopathie muco-membraneuse. Aux examens de laboratoire, on ne trouve rien, pas de résidu alimentaire, véritables sur-digestion et sur-absorption qui, d'après Goiffon et les entérologistes anglais, seraient dues à une stase dans le côlon ascendant.

En réalité, cette division est trop schématique et le plus souvent ces trois formes sont très intriquées.

INTRODUCTION

La constipation (*de constipare : resserrer*) est une maladie se traduisant par un retard dans l'évacuation des fèces, ou dans leur évacuation incomplète, qu'elles soient dures ou liquides, que les matières soient trop fréquentes ou trop rares. Elle peut s'accompagner de troubles généraux avec légère élévation thermique, parfois même alterner avec des crises de diarrhée, traduisant l'infection du tube digestif, la colite; elle peut aussi être entrecoupée de périodes de débâcle due à une irritation secondaire de l'intestin.

Elle est la cause la plus fréquente de la plupart des troubles digestifs atteignant le foie, l'estomac et l'intestin, et même de la majorité des troubles chroniques dont nous souffrons. Gallien ne reconnaissait-il déjà pas l'unité de l'organisme et n'affirmait-il pas que l'ensemble biologique a une autre importance que la simple somme de ses parties matérielles ?

Mais la constipation n'est pas une, elle peut se rencontrer dans des états bien différents. Il y a d'abord *la constipation symptomatique*, celle que l'on rencontre au cours d'affections viscérales ou nerveuses chroniques. Ainsi nous citerons la gastrite avec hyperacidité entraînant un retard à l'évacuation de l'estomac, le spasme du pylore, qu'il soit dû à une ulcération voisine ou à des troubles neuro-végétatifs, les brides ou coudures intestinales, les compressions de voisinage, l'appendicite chronique, les péritonites, les malformations congénitales ou acquises et les ptoses au début, quand elles n'ont pas encore entraîné secondairement une atteinte du côlon lui-même. Les affections hépatiques s'accompagnent très souvent de troubles intestinaux.

La constipation peut aussi encore être un simple *épiphénomène passager*, fait bien connu au cours des pyrexies, des coliques de plomb, de l'asystolie, des douleurs viscérales telles que coliques néphrétiques, hépatiques, appendiculaires ou salpingiennes, et qui cessera facilement grâce au traitement de la maladie primitive.

Nous ne nous attarderons pas à l'étude de ces deux constipations, constipation symptôme et constipation épiphénomène passager, mais nous étudierons avec davantage d'attention **la constipation chronique, simple, habituelle, sans autre substratum pathologique primitif**, que nous chercherons à classer, définir et traiter, tout en sachant que nombre de constipations placées à l'heure actuelle dans ce groupe seront peut-être un jour rattachées à d'autres causes que nous ne pouvons définir actuellement.

PATHOGÉNIE ET ÉTIOLOGIE

Pendant longtemps, on a distingué deux grandes causes de constipation : l'atonie et le spasme du côlon.

L'atonie, ou mieux l'hypotonie, car l'atonie complète est une rareté, traduit soit une diminution, soit un relâchement, d'origine nerveuse, de la musculature du côlon. Elle se manifeste par un empâtement localisé du trajet colique, pouvant être accompagné de météorisme et même de gargouillement dû à la stase de matières liquides ; la palpation est indolore. La radioscopie montre un côlon élargi, soit complètement opaque, soit avec des zones claires dues à des gaz abondants.

Le tonus musculaire se trouve diminué dans tous les cas d'amaigrissement généralisé, ce qui se voit surtout chez les vieillards, puisque Stroup, dans des statistiques d'asiles, a pu relever 20 à 30 % de cas de constipation, proportion notablement plus élevée que celle que l'on trouve chez les jeunes gens. De même, à la suite de maladies très anergisantes, telles que typhoïde, la constipation est fréquente. Nous rapprocherons de cette déficience les insuffisances de la paroi abdominale, la grossesse et les suites de couches, qui amènent une variation rapide de l'équilibre statique de l'abdomen, de même que les grosses interventions chirurgicales abdominales qui, en outre, causent aussi une inhibition d'origine réflexe. Le décubitus dorsal prolongé et le manque d'exercice, en supprimant les contractions et les mouvements de la paroi, sont de même une cause fréquente de cette constipation qu'on a pu qualifier de rançon des sédentaires.

On retrouve souvent un relâchement nerveux du côlon dans la neurasthénie, l'hystérie, les troubles mentaux ; le gros intestin est aussi fréquemment inhibé au cours des douleurs violentes de l'abdomen, de blessures et d'interventions chirurgicales qui, outre l'irritation périphérique qu'elles déterminent, agissent encore par l'action des anesthésiques généraux employés. De même, le reten-

tissement des méningites sur les fonctions coliques est bien connu, et la constipation des migraineux au cours de leur crise de céphalée est aussi d'ordre banal.

De cette inhibition nerveuse, nous rapprocherons le *mégacôlon*, qui est une distension paralytique du gros intestin, d'origine le plus souvent congénitale, et qui, suivant son importance, peut nécessiter une intervention chirurgicale.

La *dolichocolie* s'accompagne d'une constipation qui contribue d'ailleurs à l'aggraver. On y retrouve souvent une distension due à une insuffisance musculaire, bien que cet état ne soit pas sans appel, puisqu'un traitement médical bien conduit peut amener d'excellents résultats avec réduction notable de l'allongement colique, ce qui a pu faire penser que la dolichocolie serait, en des conditions encore indéterminées, une fonction de la constipation, autant, sinon plus, que sa cause.

Naturellement, toutes les *ptoses*, dues à des relâchements musculaires ou ligamenteux, par la compression qu'elles exercent sur le côlon ou par les coudures qu'elles lui impriment, sont des causes fréquentes de gêne pour le transit, avec distension consécutive, si la thérapeutique de soutien n'est pas judicieusement appliquée.

Cette hypotonie peut encore relever du défaut d'excitants normaux du gros intestin ; les dyspeptiques nerveux, sans appétit, sont presque toujours des constipés. Lorsque l'on donne une alimentation riche, mais où l'on a supprimé tout aliment de digestion difficile, le faible résidu, dû surtout à l'absence de cellulose, n'est plus assez important pour provoquer les contractions intestinales. Cela se rencontre souvent depuis que la civilisation nous a dotés d'aliments extrêmement purifiés, de digestion presque complète. Comme J.-C. Roux l'a dit : " Lorsqu'on nourrit un lapin, animal naturellement constipé et dont les excréta ont la forme de scybales, avec un régime dont on élimine la cellulose, il ne tarde pas à mourir d'obstruction intestinale chronique ". Si chez l'homme on n'a pas d'accidents aussi graves, on provoque du moins une constipation persistante. De ces cas, nous rapprocherons les états pathologiques où la digestion est trop complète et où la cellulose, au lieu d'être digérée dans une proportion de 50 %, peut être utilisée jusque dans une proportion de 80 %, surtout que dans ces cas la digestion des

corps gras est plus élevée que normalement, puisque Strasburger, donnant le même régime à un individu normal et à un autre constipé, retrouvait respectivement 13 gr. 08 et 8 gr. de graisse dans les fèces.

Cette insuffisance d'excitation peut encore être due à la diminution de la bile, mais le transit sera alors légèrement favorisé par l'augmentation des matières grasses, ou à la suppression de certains excitants tels que le tabac, le thé ou le café, les épices et les aliments sapides.

Nous ne nous attarderons pas sur tous les états hépatiques qui entraînent une constipation par insuffisance de sécrétion ou d'excrétion biliaires, constipation symptomatique, que nous avons éliminée du cadre de cette étude.

La constipation spasmodique proprement dite est beaucoup plus rare; dans ces cas, la main qui comprime l'abdomen provoque une sensibilité intestinale plus vive que normalement, le malade se plaint lui-même d'une gêne douloureuse qui ne cesse que par intermittence. Le spasme, comme l'a si bien étudié A. Mathieu, s'observe surtout dans la colique de plomb, dans la colite muco-membraneuse et dans les constipations soignées par des traitements irritants : drastiques ou lavages. De plus, Vignes a montré que, vers le milieu de la grossesse, certaines constipations cédaient à la belladone. On retrouve un syndrome de constipation douloureuse avec mucosités. On peut observer une corde colique, mais le plus souvent on trouve une portion du côlon, et surtout du descendant, donnant l'impression d'un cylindre gros comme le pouce ou même moins, que parfois la présence de scybales transforme en véritable chapelet ; les selles sont soit en petites billes sèches en dehors des débâcles pseudo-diarrhéiques, soit comme passées à la filière, ce qu'on doit attribuer au spasme concomitant des sphincters, surtout du sphincter sigmoïdien. La radioscopie sera d'une grande utilité pour déterminer le lieu, l'étendue et parfois même l'origine de ce spasme.

Nous rapprocherons de cette forme spasmodique la constipation due à une éducation mal comprise consistant à résister au besoin de déféquer, soit par fausse bienséance de salon, soit chez les enfants, par départ pressé pour l'école aussitôt le premier repas, ou par l'inconscience d'un magister qui n'autorise pas de sortie pendant les cours. Il se produit un spasme volontaire du sphincter anal qui, par

sa répétition, peut devenir chronique et réagir sur le côlon; nous ne parlerons naturellement pas du spasme dû à une lésion anale ou péri-anale, en particulier les fissures douloureuses, et qui cèdera par le traitement de la lésion primitive, bien que parfois, surtout en cas d'hémorroïdes, dont le traitement peut se prolonger, il soit utile de favoriser en même temps la défécation.

Mais cette distinction en constipation atonique et spasmodique est un peu schématique, car on ne la retrouve que rarement à l'état pur, surtout pour l'élément spasme, et, en réalité, **le véritable substratum de la constipation colique est l'atonie, et le spasme un élément surajouté. En plus, il y a une perturbation du rythme moteur, une dyskinésie fonctionnelle** que la radioscopie aidera à étudier et à mettre en évidence, et qui est due à la diminution de la tonicité normale, à la faiblesse et à la dysharmonie des contractions.

ÉTUDE CLINIQUE

Nous éliminerons d'abord la *dyschésie*, qui ne cause aucuns troubles généraux et ne se traduit uniquement que par une constipation horaire ; elle est due à un spasme du sphincter anal ; le diagnostic en sera facile par le toucher rectal, qui montrera un anneau sphinctérien contracté et un rectum plein de matières, surtout chez les femmes présentant un prolapsus utérin ou un plancher périnéal effondré et souvent un utérus rétroversé. Le traitement en sera facile par des suppositoires ou des petits lavements de préférence huileux.

Ce qui nous intéressera sera la constipation colique, que l'on a longtemps classée en droite et gauche, la ligne de démarcation étant au niveau de l'angle splénique du côlon. En réalité, cette classification nous paraît trop schématique car, sauf peut-être tout à fait au début, il est fort rare que l'atteinte d'une partie du côlon ne réagisse pas sur celui-ci tout entier.

Nous adopterons la classification de Baraduc qui, selon nous, s'adapterait mieux à la clinique, et qui est faite suivant le degré de gravité, augmentant en raison de la constipation droite. Nous aurons ainsi quatre groupes, entre lesquels, d'ailleurs, existent tous les intermédiaires :

- 1° *La constipation sigmoïdienne ;*
- 2° *La constipation mixte gauche et droite ;*
- 3° *La constipation droite prédominante ;*
- 4° *La grande stase intestinale chronique.*

La constipation sigmoïdienne, qui correspond à la constipation gauche des auteurs classiques, est une constipation purement mécanique, le plus souvent atonique, avec grosse distension du côlon descendant. Elle ne se manifeste que par des troubles fonctionnels avec très peu de retentissement sur l'état général. Le malade élimine quelques selles qui sont rares, une ou deux fois par semaine, parfois même encore plus espacées. Voltaire ne racontait-il pas l'histoire d'une vieille marquise qui n'avait qu'une défécation par mois ? Les matières sont dures, sèches, en scybales, presque entièrement déshydratées ; elles présentent une absence totale de vie bactérienne.

A cause de leur dureté, elles peuvent, si elles sont conglomérées et expulsées par des efforts violents ou des laxatifs irritants, causer des érosions de la muqueuse. Souvent elles se compliquent d'hémorroïdes qui saigneront facilement après la défécation et même de prolapsus dû aux efforts d'expulsion qu'est obligé de faire le malade. L'examen montre un côlon descendant augmenté de volume, facilement palpable dans la fosse iliaque gauche, indolore, et la radioscopie, en confirmant le diagnostic, peut parfois surprendre par l'image de ce côlon gauche très distendu; celui-ci, rempli de gaz, peut réaliser un syndrome douloureux d'aérocolie avec gêne respiratoire pouvant aller jusqu'à la dyspnée, palpitations et même parfois véritables crises de fausse angine de poitrine.

La constipation mixte, gauche et droite, est la forme la plus fréquente; elle se manifeste par des troubles fonctionnels et des troubles généraux. Les selles sont en général moins rares que dans les formes précédentes, le besoin de défécation se faisant sentir en moyenne tous les deux ou trois jours; souvent, il y a quelques crises de débâcles, et les selles, recouvertes de mucus blanchâtre et même parfois sanguinolant, traduisent un certain degré de colite muco-membraneuse. Par contre, chaque selle n'élimine que peu de matières, et parfois avec des douleurs vagues mais fréquentes sur le trajet du côlon. L'apparition d'hémorroïdes est favorisée par des efforts d'expulsion avec peu de résultats.

Le malade, en même temps, éprouve des sensations de lourdeur, il présente de la céphalée ou de la migraine, l'abdomen est souvent ballonné. L'examen trouve un transverse distendu, plus ou moins gargouillant, sensible, que la radioscopie montrera souvent hypokinétique et ptosé. Cette constipation est, en somme, une forme de transition entre la constipation sigmoïdienne sans troubles généraux et la constipation droite prédominante que nous allons maintenant étudier.

La constipation droite prédominante, moins fréquente, mais plus grave, se manifeste par trois ordres de symptômes: des douleurs sur le côté inférieur droit de l'abdomen, de la constipation avec débâcles diarrhéiques et des troubles de l'état général liés à une intoxication chronique ou à des troubles infectieux. Elle a été particulièrement bien décrite, sous la désignation de constipation droite, par Duval et J.-C. Roux.

Le côlon droit, *douloureux* d'une façon permanente, inquiète le malade, qui redoute des troubles liés à l'appendicite chronique; il

souffre surtout au cours des efforts prolongés et dans la station debout, et cette douleur est particulièrement pénible pendant les périodes de constipation.

Elle peut s'exacerber la nuit et réveiller le malade en cas de fermentations gazeuses distendant le cœcum qui peut alors faire saillie sous la paroi abdominale. Parfois, une rétention stercocale plus marquée provoque des paroxysmes plus douloureux suivis, au bout de quelques jours, d'une débâcle diarrhéique abondante. Cette douleur s'étend le long du côlon jusqu'à la région sous-hépatique et peut irradier vers la cuisse et la région lombaire.

La *rétention stercocale* se traduit par des alternatives de constipation et de débâcles plus ou moins violentes et douloureuses; c'est, en général, la constipation qui domine, sauf parfois en cas d'usage intempestif de laxatifs irritants.

L'*examen des selles* donne des renseignements différents suivant la période à laquelle il est pratiqué. Pendant la période de constipation, rien ne pourra indiquer la participation du côlon droit, les fèces, pendant leur long transit à travers le gros intestin, devenant uniformes, en scybales plus ou moins dures, où seule la richesse en acides organiques pourra faire soupçonner les fermentations dont le côlon droit est le siège.

Mais lors des débâcles diarrhéiques, on pourra reconnaître l'état du gros intestin; si la muqueuse est intacte, l'analyse coprologique montre une composition normale des selles, avec seulement une certaine abondance des acides organiques. Si la muqueuse est altérée, il se produit une exsudation de liquide albumineux qui se mélange avec les fèces; la flore protéolitique se développe, inhibant les bactéries de fermentation; aussi les selles sont-elles foncées, fétides, alcalines, avec flore iodophile rare, diminution des acides organiques, mais abondance d'ammoniaque due à l'intensité du processus de putréfaction.

Parfois peut s'installer une fausse diarrhée continue, avec selles pâteuses et fétides, présentant les mêmes caractères coprologiques.

Mais ce qui caractérise surtout cette constipation, c'est l'ensemble des *accidents toxiques et infectieux*. Tous les résidus de la digestion peuvent donner naissance à des produits toxiques qui seront facilement résorbés à travers une muqueuse altérée, surtout si les crises de diarrhée sont rares. Il suffit d'un ou deux jours sans évacuation pour que le malade se plaigne de vertiges, de nausées, de malaises abdominaux vagues et d'une céphalée si tenace et si fréquente qu'à elle seule elle constitue une complication grave. Si l'intoxication

se prolonge, un état anémique s'installe peu à peu dû à une amine produite par des bactéries intestinales, la p-oxy-phényl-éthyl-amine de Iwao, à l'action de toxines microbiennes hémolytiques et à l'absorption de produits cellulaires pancréatiques et intestinaux.

Chez ces malades, la cholémie est fréquente et se traduit par une teinte brune surtout marquée aux plis de flexion.

En même temps, il y a intoxication cérébrale avec asthénie habituelle et dépression nerveuse entraînant un état difficile à supporter tant par le malade que par son entourage, qui parle de neurasthénie et de maladie imaginaire.

Il y a aussi certains troubles des voies digestives supérieures, la langue est saburrale, l'haleine souvent un peu fétide, la salive est visqueuse, l'estomac se vide difficilement, et l'état nauséux, entraînant une tendance à la restriction alimentaire volontaire, viendra encore aggraver cet état défectueux.

Lorsque l'affection évolue depuis quelque temps, on peut observer des accidents infectieux ; la température atteint pendant quelques jours 38°, coïncidant avec des crises de colite subaiguë et une aggravation de tous les symptômes, et redevient normale pendant les périodes d'amélioration ; cependant, on peut observer une véritable forme fébrile de la constipation à prédominance droite.

Parfois, les voies biliaires sont atteintes, soit simple congestion hépatique, soit rétention biliaire ou même cholécystite aiguë ou chronique plus ou moins sérieuse. Des colibacilles, des entérocoques ou encore d'autres microbes, passant dans le sang, peuvent entraîner une septicémie, ou plus souvent causent une infection localisée du rein, du bassin ou de la vessie, réalisant le syndrome entéro-rénal de Heitz-Boyer, beaucoup plus grave que la simple indicanurie et ammoniurie, dues uniquement à l'état toxique.

Les troubles circulatoires et les dermatoses sont aussi fréquents dans ces cas qui, en diminuant la résistance du sujet, favorisent nombre de maladies.

La *palpation* de l'abdomen, que l'on devra pratiquer en décubitus dorsal, décubitus latéral gauche et en surélevant le bassin, permet de sentir un cœcum distendu et gargouillant ; le côlon est souvent rétréci, dur et douloureux dans la région hépatique, grâce à un spasme ou à des brides de péricolite. La palpation profonde, chassant les gaz du cœcum, provoque une douleur sous les fausses côtes droites due à l'irruption des gaz sous pression dans l'angle hépatique resserré.

On recherchera aussi la position du cœcum, sa mobilité, grâce aux changements de position qui doivent déplacer sa sonorité spéciale et qui peuvent atténuer la douleur, si bien que le malade pourra avoir l'habitude d'une position de sommeil, soit en décubitus droit, soit en décubitus ventral qui, entraînant une large pression, favorise l'évacuation du côlon ascendant.

En même temps, on recherchera les points douloureux, douleur appendiculaire, douleur cœcale, douleur sous les fausses côtes droites au niveau de l'angle hépatique, douleur nette et précise au niveau du pôle inférieur du rein en cas d'adhérences péri-coliques, douleur lombaire et inguino-crurale, enfin douleur suivant les nerfs pariétaux.

La *radioscopie*, complétant l'examen, nous sera d'une grande utilité ; nous en devons une étude très complète à Bensaude et à Guénaux. L'absorption de baryte per os nous renseignera sur les caractères de la stase, mais le lavement surtout nous donnera des renseignements sur la morphologie du côlon. On appréciera la dilatation de ses différents segments, leur mobilité, les degrés de ptose, les déformations constantes traduisant l'existence de brides ; on recherchera à dissocier les images dites en canons de fusil où le transverse est accolé soit au côlon ascendant, soit au descendant, dissociation qui pourra être très difficile, même en l'absence totale d'adhérences, et que l'on devra tenter longuement ; on étudiera les images de spasme qui ne sont pas constantes et finissent par s'effacer, et ainsi on détermine l'utilité d'une intervention chirurgicale ou seulement d'une thérapeutique médicale active.

La grande stase intestinale chronique, due soit à une ptose intense et fixée, soit à une compression pariétale marquée, soit à une péricolite membraneuse serrée, soit à une induration d'étendue variable du côlon avec diminution du calibre de sa lumière, induration souvent réalisée par le cancer dont la constipation peut être le premier symptôme et doit de toute nécessité entraîner un examen radiologique complet, soit à une obstruction incomplète due à un polype, une accumulation de parasites ou même à des calculs intestinaux, donne un tableau clinique analogue au précédent, mais encore plus intense, se rapprochant de celui de l'occlusion intestinale, et relève de la thérapeutique chirurgicale accompagnée du même traitement médical que la constipation à prédominance droite, et dépasse le cadre de cette étude, où nous avons voulu nous placer uniquement au point de vue médical.

THÉRAPEUTIQUE

Devant un malade constipé, il ne faut pas se précipiter sur un arsenal thérapeutique complexe dont les malades, d'eux-mêmes, auront déjà fait souvent et malheureusement abus. Pas de purgatifs drastiques ou salins à petites doses répétées qui, par irrigation et effraction de la muqueuse, favorisent le passage des colibacilles de l'intestin, qui ne demandent qu'à se répandre dans la circulation, comme l'a si justement dit Metzger, qui drainent d'une façon intempestive les liquides de l'organisme, réalisant presque parfois une véritable saignée blanche, ou qui, comme l'a montré M.-P. Hartenberg, peuvent provoquer des crises chez les épileptiques ; pas d'extraits biliaires intempestifs, qui peuvent irriter le sigmoïde. Il faut se méfier des nombreux laxatifs de la pharmacopée dont, sous des préparations diverses, les malades abusent tant, et qui sont souvent la cause de gastrites médicamenteuses ; leur petit volume, qui force l'intestin à se contracter sur des matières hypo-hydratées, trop sèches et qui ne laisse aucun résidu capable d'exciter le péristaltisme intestinal, est aussi antiphysiologique que possible. De même on n'abusera pas des grands lavages intestinaux, de simples lavements de un à deux litres, mais réguliers, distendant la musculature intestinale et aggravant l'atonie primitive.

On devra examiner le malade avec soin et essayer de déterminer la part du côlon droit dans cette constipation, puis, suivant les cas, remédier aux défauts de l'alimentation, à l'hygiène défectueuse, à l'insuffisance musculaire, aux mauvaises habitudes, et s'efforcer de réduire l'intestin ; ensuite, une cure hydro-minérale pourra présenter un gros intérêt.

L'alimentation sera réglée d'une façon précise ; on donnera un régime composé surtout d'hydrates de carbone, riche en beurre et contenant peu d'albumines nutritives, peu de viande, peu d'œufs ; ainsi on aura une alimentation suffisante ; mais il faudra augmenter le volume du chyme ; pour cela, on aura recours aux aliments riches en cellulose, légumes, salades, fruits et particuliè-

rement pruneaux, potiron, légumes verts, fruits non pelés, figues, pain d'épice ; cependant, en cas de spasme, on évitera les fruits crus, même bien mûrs, et les légumes verts. Le malade boira de préférence entre les repas et d'une façon suffisante, car parfois la difficulté du transit provient d'une insuffisance de liquides de l'organisme. On éliminera complètement le bouillon, blanc d'œuf, cacao, chocolat, vins rouges, bananes, coings, nèfles, myrtilles. En cas de colite, on donnera des aliments peu irritants, hachés ou passés en purée ; en cas de fermentation, on supprimera les légumineuses, pommes de terre, pâtes, pain ordinaire. Dans la constipation à prédominance droite, on donnera surtout un régime hydro-carboné, sous forme de purée ou de gâteaux épais, pas de graisse, sauf du beurre très frais, non cuit, restriction azotée pendant longtemps. Les toniques pourront être des adjuvants utiles : glycérophosphates, arsenic, noix vomique.

L'hydrothérapie et une **bonne hygiène** stimuleront l'état général. En cas de ptose, une bonne sangle bien adaptée et vérifiée régulièrement sous écran sera d'une grande utilité. Les massages, la gymnastique abdominale, mouvements d'élévation et de circumduction des jambes, extension et relèvement du tronc, et la mécano-thérapie, dirigés par un professeur compétent, seront d'un grand secours dans la constipation sigmoïdienne ; il faudra, au contraire, s'en méfier dans la constipation à prédominance droite et, dans ce cas, on se trouvera bien des compresses chaudes qui pourront lever le spasme de l'angle hépatique. La psychothérapie, l'obligation des selles à heure fixe et en position accroupie, à la turque, favorisant l'efficacité des contractions abdominales, qui n'entrent que difficilement en jeu dans la position assise des W.-C. à l'anglaise, pourront donner des résultats surprenants dans la constipation sigmoïdienne.

Mais, en même temps, il faudra **rééduquer** l'intestin avec patience et douceur, car on ne vaincra la constipation que si on la supprime d'abord artificiellement. Pour cela, il faut employer des laxatifs mécaniques, absolument inoffensifs, non irritants pour l'intestin et pouvant être continués longtemps sans inconvénients. Nous avons employé une émulsion d'huile de paraffine et d'agar-agar qui ainsi peut être employée même en cas de constipation à prédominance droite ; nous y avons joint parfois un peu de phénol-phtaléine pour mieux agir au début sur des intestins habitués à être violentés par des préparations diverses et qui n'auraient pas réagi assez vite aux laxatifs mécaniques purs. Nous étudierons un peu plus loin cette préparation en détail. Il pourra être utile, parfois,

de donner une médication adjuvante, par exemple, en cas de spasme, un peu de belladone, qui favorisera beaucoup cette rééducation.

Les cures thermales seront précieuses pour achever de consolider le traitement. Châtel-Guyon, avec ses eaux magnésiennes, bicarbonatées mixtes, ayant une action générale tonique et désintoxicante et une action intestino-hépatique directe régulatrice, stimulante et anticolitique, conviendra aux constipés atoniques présentant des stases segmentaires. Plombières, avec ses eaux chaudes radioactives ayant une action générale sédative et une action intestinale régulatrice et calmante indirecte par l'intermédiaire des plexus nerveux abdominaux, conviendra surtout aux constipés à tendance spasmodique.

RÉÉDUCATION INTESTINALE

Pour rééduquer l'intestin, nous avons employé une émulsion huile de paraffine, agar-agar, soit pure, soit associée à la phénol-phtaléine; avant de l'étudier, nous allons d'abord voir les avantages et les inconvénients de chacun de ces composants.

HUILE DE PARAFFINE

Son action, d'abord entrevue par Neville Wood, ne fut connue qu'en 1912, lorsqu'en Angleterre, Arbuthnot-Lane l'employa. En France, elle fut ensuite introduite par Pauchet, d'Amiens, et Gaudet, de Lille; sur elle, Victor Manquat fit une remarquable communication à l'Académie de Médecine, le 27 janvier 1914; Guinon, Triboulet et Schreiber l'employèrent chez les enfants et les nourrissons, et depuis elle est entrée dans la pratique courante.

L'huile de paraffine est un mélange d'hydrocarbures obtenu par distillation fractionnée des huiles lourdes de pétrole. Elle est incolore, translucide, onctueuse, insoluble et sans saveur; elle est bien supportée, ne donnant pas de dérivés toxiques; elle favorise parfois les sécrétions gastriques acides, et est rendue telle quelle dans les selles. C'est un véritable lubrifiant stercoro-intestinal, qui facilite singulièrement la migration des matières, évitant les blocages spasmodiques. Son mode d'action a bien été étudié par Lœwe, qui l'a expérimentée sur la souris et qui a montré qu'à faibles doses elle se trouve émulsionnée à l'intérieur des selles, et à doses plus fortes, elle les enrobe en plus d'une couche qui en facilite le glissement, cette enveloppe lubrifiante étant due à un excès de médicament.

Elle est de beaucoup préférable aux huiles végétales, car, comme l'ont montré W. N. Boldyreff et J. H. Kellogg, seules les huiles minérales sont dépourvues de toute action fâcheuse sur la sécrétion gastrique et sur l'appétit.

Cependant, malgré tout, l'estomac tolère mal les huiles en nature, et si celles-ci ne sont pas parfaitement raffinées, elles peuvent être toxiques ou irritantes, avoir une odeur désagréable, un mauvais goût, une viscosité défectueuse, provoquant vite une invincible répugnance, des troubles digestifs et de l'intolérance. De plus, la dose utile est très rapprochée de celle qui produit une enveloppe lubrifiante trop marquée, et il est difficile de déterminer exactement

la dose utile nécessaire, mais qui ne donnera pas de fuites si désagréables pour les malades.

Dans notre formule, nous avons employé une huile remarquablement pure provenant du Caucase, de densité : 875, de viscosité Engler à 50° : 2,75, et de point de congélation à — 30°, par conséquent parfaitement définie.

AGAR-AGAR

L'agar-agar, particulièrement préconisé par Schmidt, est une algue des mers du Japon ou de Chine, contenant 60 à 65 % de gélose, et qui, au contact de l'eau à la température du corps, gonfle en en retenant 8 à 50 fois son poids. Il est éliminé tel quel, augmente la plasticité des selles auxquelles il donne un aspect consistant, volumineux et mou, et facilite leur évacuation par augmentation du volume fécal. On a essayé de traiter des algues de Bretagne pour obtenir un produit analogue, mais on n'a pas pu arriver à avoir la même qualité.

L'agar-agar a une action purement mécanique, ne déterminant aucune irritation de l'intestin. Il a une action de massage très doux, mais cependant capable de réveiller la sensibilité et la contractilité des fibres musculaires du côlon et s'exerçant uniformément sur toute la surface de la muqueuse intestinale. Il tend à isoler cette muqueuse du chyme, lui permettant de recouvrer peu à peu une sécrétion normale.

Cependant, il présente une certaine difficulté d'absorption qui, pour certains nerveux, peut être même une impossibilité ; augmentant le volume du contenu fécal sans le ramollir suffisamment, il peut causer une expulsion difficile qui, parfois, s'accompagnera d'éraillures qui, surtout en cas d'hémorroïdes, pourront présenter une gravité spéciale.

Dans notre formule, nous avons employé de l'agar-agar extrêmement pur, importé directement de Kobé, au Japon.

PHÉNOL-PHTALÉINE

Son action laxative fut découverte par hasard (Vamosy), à la suite d'additions artificielles par la douane hongroise pour éviter les fraudes de vins ; en effet, il suffit d'y ajouter une base pour avoir une coloration rouge vif ; or, cette addition produisait un effet purgatif chez les consommateurs.

C'est un laxatif chimique anthracémique, un anthraquinonique synthétique, dérivé cyclique phénolique, mais qui ne possède qu'une fonction semi-quinonique et dont l'action intestinale est localisée au gros intestin. Elle est très peu soluble dans l'eau, soluble dans l'alcool ; elle est peu toxique et peu irritante, bien tolérée par les enfants. Elle a une action surtout péristaltique et légèrement phlogogène ; c'est un purgatif léiotonique excitant les fibres musculaires lisses de l'intestin, mais agissant aussi sur la sécrétion biliaire et les muqueuses. Elle donne des selles liquides, s'élimine en partie (11 %) par les urines, qu'à doses très élevées elle colorerait en rose.

Son emploi nécessite de très petites doses, car elle peut donner des troubles généraux et des lésions rénales. Cependant, S. Løwe et F. Lange, expérimentant sur la souris, ont montré qu'en émulsion dans l'huile elle est beaucoup moins résorbée et moins toxique, bien que son action laxative soit augmentée ; la phénol-phtaléine pure présenterait une dose active qui serait $1/7^e$ de la dose toxique limite, alors qu'en émulsion huileuse elle serait de $1/140^e$.

Dans notre formule, nous avons employé de la phénol-phtaléine chimiquement pure, parfaitement raffinée.

PRÉPARATION EMPLOYÉE

Nous avons employé deux formules, une formule simple comprenant 65 % d'huile de paraffine et 35 % d'agar-agar en solution dans de l'eau distillée aromatisée, et une formule composée comprenant 65 % d'huile de paraffine, 34,68 % d'agar-agar en solution et 0,32 % de phénol-phtaléine. L'eau distillée est aromatisée avec des essences d'orange et de citron d'origine sicilienne et sucrée avec du saccharose, que nous avons préféré au glucose, qui favoriserait une tendance vers l'acidité du produit. Le mélange employé est parfaitement homogénéisé grâce à un passage forcé à travers des fentes très étroites disposées en chicane et est ainsi parfaitement miscible à l'eau, du moins macroscopiquement, ce qui est un gros avantage sur les huiles pures ; il se présente sous la forme d'une crème épaisse et blanche, de saveur agréable et ne donnant que très peu l'impression de corps gras, ce qui en rend l'absorption facile, même par les malades nerveux et difficiles à soigner.

Dans cette préparation, l'agar-agar et l'huile de paraffine exaltent respectivement leurs propriétés laxatives, car en même temps elles augmentent le volume, ramollissent et facilitent le glissement des matières qui agissent par un véritable massage sur la

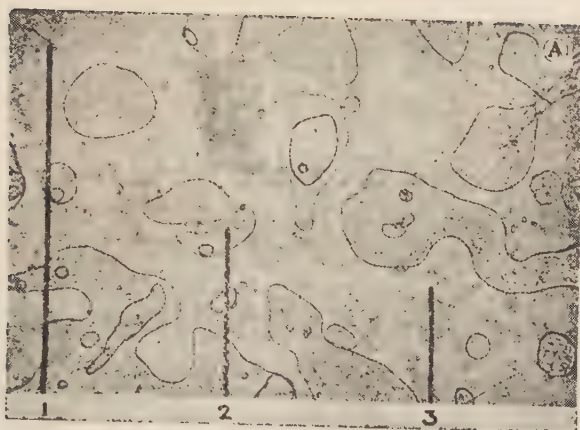
totalité de la paroi du côlon, réveillant et excitant ses contractions, mais par une action douce et une facilité remarquable à pénétrer dans les parties rétrécies, calment les contractures et les spasmes. La défécation est facilitée par la consistance plastique et souple donnée au contenu de l'intestin, ce qui présente une très grande utilité, surtout en cas d'hémorroïdes. Les selles ne sont pas enrobées dans la paraffine, comme dans le cas où l'on emploie l'huile pure, car la quantité utile de notre préparation est relativement faible, comme nous le verrons dans les observations que nous avons pu prendre, et elles sont au contraire parfaitement émulsionnées, comme il est facile de s'en rendre compte sur les micro-photographies ci-contre, qui nous montrent la différence d'émulsion obtenue avec notre préparation et l'huile de paraffine pure. Ainsi on évite les fuites.

De plus, cette forme crémeuse permet de donner avec facilité à chacun sa dose, par une graduation progressive. La dose donnée doit suffire à produire une selle à fin légèrement diarrhéique qui, par conséquent, aura vidé l'intestin complètement, ce dont on ne serait pas sûr sans cela. On donnera alors chaque jour la même dose, et cela souvent pendant longtemps, le temps qu'il faudra pour que l'intestin ait effacé toute trace de son inertie.

Notre formule composée, grâce à la minime quantité de phénol-phtaléine qu'elle contient et qui, nous l'avons vu, du fait de sa suspension huileuse, augmente son pouvoir laxatif en diminuant de toxicité, sera très utile au début chez les constipés trop rebelles ou habitués à avoir l'intestin violenté ; on l'administrera, d'ailleurs, à doses progressivement décroissantes, que l'on complètera avec la formule simple.

Ainsi, mais en sachant bien que la question durée du traitement est un facteur d'intérêt primordial, on arrivera à rééduquer l'intestin sans le violenter et sans l'irriter, agissant uniquement d'une façon mécanique, ce qui permettra d'obtenir une amélioration telle que si l'on ne peut toujours parler de guérison, du moins en aurons-nous presque tous les avantages.

Les seules contre-indications à l'emploi de cette préparation sont les affections occlusives et les sténoses néoplasiques gastro-intestinales, qui relèvent de la chirurgie, mais dont la convalescence sera singulièrement favorisée par son usage. On évitera aussi de commencer son emploi pendant les poussées aiguës colitiques ou en cas de spasmes marqués, phénomènes qu'il faudra d'abord s'efforcer de calmer.



ÉMULSION SELLES ET HUILE DE PARAFFINE

1. Selles.
2. Huile.
3. Cellules digestives.



ÉMULSION SELLES ET NOTRE PRÉPARATION

1. Selles.
2. Huile.
3. Agar-agar.
4. Cellules digestives.

OBSERVATIONS

Nous avons pu réunir un certain nombre d'observations de constipés traités par la méthode que nous préconisons; nous n'avons voulu tenir compte que de celles que nous avons pu suivre régulièrement pendant un certain temps, prises surtout chez les adultes, mais aussi chez les enfants et les femmes enceintes ou les nouvelles accouchées. Nous tenons à remercier ici nos maîtres qui ont bien voulu nous en procurer quelques-unes.

OBSERVATION I

Madame Eug. J..., 21 ans, sans profession, ne présentant dans ses antécédents qu'une hématocele pelvienne opérée il y a un an, présente, au début de novembre 1931, un chancre mou anal pour lequel elle est alitée. Depuis ce moment, elle a une constipation horaire marquée, et n'allant à la selle que tous les quatre jours et n'éliminant alors et difficilement que des scybales dures et noirâtres avec un peu de mucus. En même temps, hémorroïdes internes procidantes au moment de la défécation et saignant à son occasion. Examinée le 18 novembre, on trouve un foie normal, un côlon descendant palpable, mou, indolore. Il n'y a pas de troubles généraux. Il s'agit d'une constipation sigmoïdienne. Comme traitement, on donne un régime normal et une cuillerée à soupe de notre formule simple le soir. Le 20 novembre, la malade a une selle normale. Le 21, elle n'en a pas; alors, on lui donne une cuillerée à soupe de notre formule composée; le soir, selle normale, et même traitement les 22, 23, 24, 25, 26 novembre; du 27 novembre au 2 décembre, on donne uniquement de notre formule simple; la malade a régulièrement des selles normales; ses hémorroïdes ont disparu. On cesse tout traitement le 3 décembre; le 5, la malade recommence à se lever et depuis va régulièrement à la selle.

OBSERVATION II

Monsieur A. A..., 24 ans, étudiant en médecine, est constipé depuis son enfance, surtout en automne et en hiver ; selles à peu près tous les jours, mais pénibles, insuffisantes, en scybales dures et noirâtres. Pas de troubles généraux, pas de douleurs ; l'examen ne montre qu'un côlon gauche un peu distendu dans sa partie splénique, ce que confirme les radioscopies qui révèlent un peu de spasme sur sa partie inférieure. Il s'agit donc d'une constipation sigmoïdienne. Le malade n'a obtenu aucun résultat par divers laxatifs en pilules, par l'huile de paraffine ou par l'atropine. Au début d'octobre 1931, il prend une cuillerée à café, puis au bout de huit jours deux cuillerées à café de notre formule simple, et cela pendant un mois, avec des résultats marqués, mais insuffisants ; alors, pendant un mois, il prend en plus un granulé d'atropine (codex) qui, seul, ne lui avait rien fait, et obtient des selles régulières, abondantes, bien moulées ; il cesse tout traitement en fin novembre, et continue en fin décembre à être parfaitement bien.

OBSERVATION III

Monsieur L. C..., 46 ans, menuisier, alité pour bubon soigné par le dmelcos, a été constipé jusqu'à l'âge de 38 ans; depuis, il va régulièrement à la selle, sauf quand il reste étendu, et alors purges et lavements ne lui donnent que peu de résultats. Examiné le 28 octobre 1931, le malade n'est pas allé à la selle depuis quatre jours. L'abdomen est flasque, le côlon descendant palpable, indolore. Il s'agit d'une constipation sigmoïdienne. Nous commençons par lui donner deux cuillerées à soupe, par jour, de notre formule composée, mais, obtenant ainsi deux selles par vingt-quatre heures, à partir du 1^{er} novembre nous donnons une cuillerée à soupe de notre formule simple avec d'excellents résultats. Nous continuons jusqu'au 13 novembre, date à laquelle le malade se lève et cesse tout traitement.

OBSERVATION IV

Madame L. S..., 58 ans, sans profession, constipée depuis l'enfance, restant parfois huit jours sans selles malgré de nombreux traitements essayés, dont lavements, huile de paraffine, mélanges liquides et non homogènes d'huile de paraffine, agar-agar et phénol-phtaléine; l'examen montre un abdomen souple, mais un côlon descendant palpable, pas de troubles généraux. Il s'agit d'une constipation sigmoïdienne. On donne trois cuillerées à soupe, par jour, de notre formule composée; dès le deuxième jour, excellent résultat. Au bout de huit jours, on donne deux cuillerées à soupe de notre formule simple.

OBSERVATION V

Madame L. Z..., 28 ans, enceinte de 5 mois 1/2, présente, depuis un mois, une constipation opiniâtre; elle ne va à la selle que grâce à des lavements répétés qui la fatiguent. Nous lui donnons une cuillerée à soupe, le soir, de notre formule simple ; les deux premiers jours, elle présente quelques coliques, mais ensuite les selles, redevenues normales, ne sont accompagnées d'aucune douleur.

OBSERVATION VI

Madame M. C..., 32 ans, ménagère, enceinte pour la troisième fois, grossesse de huit mois environ, normale, présente, depuis un mois, une constipation opiniâtre nécessitant des lavements répétés. L'état général est satisfaisant, l'abdomen est souple, le côlon gauche distendu est indolore. Il s'agit d'une constipation sigmoïdienne que nous traitons par notre formule composée, une cuillerée à soupe le matin, tous les jours pendant une semaine, puis ensuite seulement un jour sur deux, avec un résultat parfait.

OBSERVATION VII

Madame Em. B..., 24 ans, sans profession, enceinte de sept mois, grossesse à évolution normale, sans antécédents digestifs, présente une constipation marquée depuis quelques semaines ; elle ne va à la selle que tous les deux ou trois jours, péniblement, et d'une façon insuffisante. Il s'agit d'une constipation sigmoïdienne. On lui donne deux cuillerées à soupe de notre formule simple deux matins de suite ; le deuxième jour, elle a une débâcle diarrhéique abondante ; on ne lui donne alors qu'une cuillerée à soupe, et depuis sa constipation a cessé.

OBSERVATION VIII

Madame M. L..., 19 ans, constipée depuis trois jours, accouche d'un premier enfant le 23 décembre 1931. Deux jours après, elle n'est pas allée à la selle. Elle prend alors une cuillerée à soupe, le soir, de notre formule simple, avec un très bon résultat.

OBSERVATION IX

Madame A. G..., 19 ans, constipée depuis un an environ, est soignée, par pilules et laxatifs variés, sans résultats, surtout au cours d'une grossesse en 1931; accouche au terme de huit mois en décembre 1931; la constipation est marquée; trois jours après l'accouchement, la malade n'est pas allée à la selle. Pendant huit jours, elle prend, matin et soir, une cuillerée à soupe de notre formule simple, avec un excellent résultat; depuis, elle continue à en prendre le soir une cuillerée à entremets.

OBSERVATION X

Mademoiselle Fr. M...-S..., 5 ans, constipée depuis six mois environ, et n'obtenant aucun résultat malgré les divers traitements employés: bourdaine, huile de paraffine, séné, etc. Examinée le 10 juin 1931, on trouve un abdomen flasque, avec côlon gauche distendu, mais indolore. Il s'agit d'une constipation sigmoïdienne. On régularise le régime et on administre deux cuillerées à café de la formule simple par jour. Au bout de quinze jours de ce traitement, les selles sont redevenues régulières, l'appétit est normal, et on ne donne plus qu'une cuillerée à café par jour. En cinq mois, l'enfant a repris quatre kilos.

OBSERVATION XI

Monsieur P. N..., 5 mois, constipé depuis sa naissance, malgré huile de paraffine et suppositoires, présente un abdomen un peu ballonné. On donne deux cuillerées à café de notre formule simple par jour ; excellents résultats à partir du deuxième jour ; au bout de quatre jours, on ne donne plus qu'une cuillerée à café ; depuis, résultat constant, mais on ne peut cesser le traitement.

OBSERVATION XII

Monsieur Y. R..., 6 mois, constipé depuis sa naissance, malgré l'administration de lavements aqueux et huileux et la prise de pommes de rainettes ; abdomen souple. On donne deux cuillerées à café de notre formule simple, résultat à partir du deuxième jour. Les selles sont normales tant que l'on continue le traitement, mais la constipation réapparaît si on le cesse.

OBSERVATION XIII

Madame J. D..., 59 ans, est alitée pour un pemphigus foliacé généralisé, ayant débuté au bras il y a 24 ans. A 27 ans, elle a eu des crises dysentériques ; à 47 ans, elle a été opérée d'un fibrome et, depuis, elle présente des crises de coliques hépatiques environ tous les trois mois pour lesquelles elle est au régime strict. Depuis quatre ou cinq ans, elle présente une constipation opiniâtre, selles tous les deux jours et parfois plus espacées, coïncidant avec une aggravation de sa dermatose ; les pilules, la rhubarbe, les laxatifs, les lavements ont peu d'effet. Examinée le 22 novembre 1931, l'abdomen est souple, à peine sensible, l'état général est satisfaisant, un côlon gauche un peu empâté indique une constipation sigmoïdienne. On donne alors une cuillerée à soupe, matin et soir, de notre formule composée ; les selles redeviennent rapidement normales ; le 28 novembre, on ne donne plus qu'une cuillerée, et le 30, une cuillerée à soupe par jour de notre formule simple. La malade suit le même traitement jusqu'au 19 décembre avec un succès parfait ; depuis, elle ne prend plus qu'une cuillerée à soupe de notre formule simple environ tous les huit jours, quand elle est restée une journée sans selle.

OBSERVATION XIV

Madame Ros. P..., 74 ans, journalière, est alitée pour ulcère variqueux et syndrome d'asystolie. Constipée depuis toujours, elle ne va à la selle que tous les deux jours en moyenne, selles mal formées, et prend régulièrement des tisanes purgatives. Le 31 octobre 1931, digitale et purgation à l'eau-de-vie allemande. Examinée le 5 novembre, elle n'est pas allée à la selle depuis le 1^{er}, elle présente une légère ascite, une circulation abdominale superficielle, son foie déborde de deux travers de doigt, l'abdomen est flasque, le côlon, sensible, est palpable. Il s'agit d'une cardio-hépatique avec constipation mixte. On lui donne, matin et soir, une cuillerée à soupe de notre formule composée ; dès le 7 novembre, selles régulières, mais avec quelques coliques. On remplace alors, le 10 novembre, la cuillerée à soupe du soir par une de notre formule simple ; puis, le 13 novembre, on donne, matin et soir, une cuillerée à soupe de cette même formule ; puis, le 15, une seule ; le 17, pas de selle ; alors, on fait prendre une cuillerée à soupe de notre formule composée ; le 12, on revient à la formule simple qui, depuis, donne d'excellents résultats.

OBSERVATION XV

Madame M. A..., 59 ans, cuisinière, présentant une aortite avec hypertension et B. W. négatif, est constipée depuis l'enfance ; elle n'a de selles que tous les quatre ou cinq jours, malgré la prise de nombreux médicaments d'effets très inconstants, tels que rhubarbe, réglisse et huile ricin. Hysterectomisée en 1930, la malade, le 10 novembre 1931, présente un foie un peu augmenté de volume, sensible, sa tension artérielle est de 16-9, ses urines sont normales. La paroi abdominale est faible et très adipeuse, le côlon gauche est distendu par les gaz, on trouve une sensibilité de la fosse iliaque droite. La malade n'a pas eu de selles depuis trois jours. Il s'agit d'une constipation mixte. On donne, pendant cinq jours, deux cuillerées à soupe par jour de notre formule simple, puis une seule ; grâce à ce traitement, depuis le 13 novembre la malade a régulièrement une selle par jour. Elle cesse tout traitement le 28 novembre et, depuis, prend un peu de notre formule simple, quand elle n'a pas eu de selle pendant 24 heures.

OBSERVATION XVI

Madame G. A..., 21 ans, vendeuse, opérée de l'appendicite en 1923, actuellement atteinte de furonculose récidivante, est constipée depuis l'enfance. Peu de résultats, malgré de nombreux essais de pilules à base d'extraits biliaires ou de laxatifs aussi divers que nombreux qui lui occasionnent quelques selles liquides accompagnées de coliques. Le charbon nous indique que le transit s'effectue en trois jours. Nous examinons la malade le 29 octobre 1931; elle se plaint de migraines, anorexie, nausées, de douleurs abdominales, surtout nocturnes, et d'hémorroïdes passagères. Nous trouvons un abdomen souple, mais un côlon palpable et sensible, surtout sous le rebord des fausses côtes droites et gauches. Il s'agit d'une constipation mixte. Nous instituons un traitement par notre formule composée, deux cuillerées à soupe par jour, et nous réglémentons le régime. La malade, revue trois semaines après, nous dit continuer son traitement avec satisfaction. En même temps, sa furonculose a fini par céder au traitement entrepris.

OBSERVATION XVII

Madame Al. M..., 19 ans, mécanicienne, alitée pour chancres mous, ne va à la selle depuis un an que tous les deux jours environ, parfois tous les huit jours. Ses selles sont pourtant de consistance normale, mais, malgré la prise régulière de rhubarbe, ne peuvent pas se régulariser. En même temps, la malade se plaint de lassitude générale et d'anorexie. Examinée le 3 novembre 1931, elle a un abdomen sensible à la palpation, son côlon est palpable dans presque toute son étendue. Le charbon nous montre un transit s'effectuant en 50 heures. Il s'agit d'une constipation mixte. La prise régulière d'une cuillerée à soupe de notre formule simple met deux jours à provoquer une selle, mais, depuis, la malade ne présente plus de constipation.

OBSERVATION XVIII

Madame G. D..., 21 ans, femme de chambre, soignée pour des chancres mous, est constipée depuis cinq ou six ans, selles tous les six jours parfois et encore grâce à des lavements et des pilules purgatives variées qui lui occasionnent des coliques. Peu de troubles généraux, un peu de céphalée parfois, avec diminution d'appétit. Examinée le 12 novembre 1931, elle n'est pas allée à la selle depuis trois jours, son abdomen est souple, indolore, sonore à la percussion, le côlon gauche est palpable, distendu. En même temps, points douloureux de salpingite double. Il s'agit d'une constipation mixte. Une cuillerée à soupe de notre formule composée provoque pendant trois jours des selles normales, mais avec quelques coliques. On donne alors une cuillerée à soupe de notre formule simple, jusqu'au 23 novembre, avec d'excellents résultats. Depuis, nous n'avons pu revoir la **malade**.

OBSERVATION XIX

Madame M. G..., 67 ans, ménagère, hypertendue, tabétique avec troubles trophiques, diabétique, présente depuis cinq ans une constipation opiniâtre avec céphalée, anorexie, langue saburrale et endolorissement de l'abdomen. Elle ne va à la selle que tous les deux ou trois jours, grâce à la prise régulière de séné qui, parfois, lui donne des coliques. Examinée le 11 novembre 1931, elle n'a pas eu, de selles depuis trois jours. La paroi abdominale est insuffisante, le foie est normal, le côlon, sensible, est palpable surtout dans la région sous-hépatique, pas de points douloureux nets. Il s'agit d'une constipation mixte. Le transit, déterminé par l'absorption de charbon, se fait en 65 heures. Elle continue son régime anti-diabétique, reste couchée et prend une cuillerée à soupe, le soir, de notre formule simple. Excellents résultats pendant six jours, mais le 18 novembre, pas de selle. Pendant quatre jours, on donne alors de notre formule composée. Puis on revient à notre formule simple, avec une selle régulière chaque jour. Le 30 novembre, la malade se lève et cesse tout traitement; elle va bien depuis, mais deux fois par semaine, prend une cuillerée à soupe de notre formule simple.

OBSERVATION XX

Monsieur J. P..., 40 ans, employé de bureau, présente depuis une dizaine d'années, date à laquelle il fait une typhoïde, une constipation opiniâtre avec insuffisance des sécrétions intestinales et s'accompagnant de troubles généraux; l'abdomen, sensible, montre un côlon distendu, surtout à gauche. Il s'agit d'une constipation mixte. Les selles sont, au dire du malade, " dures comme du bois " et sont déféquées avec peine, nécessitant des efforts pénibles laissant par moment le malade couvert de sueurs.

Des essais de traitement par l'huile de paraffine favorisent les selles qui deviennent plus fréquentes, tous les deux jours au lieu de tous les trois jours, mais, dans l'intervalle des garde-robes, l'huile fuse par l'anús et le malade suspend cette médication. Il essaie diverses pilules laxatives avec des résultats inconstants et qui lui causent quelques coliques.

Nous lui donnons alors une cuillerée à soupe par jour de notre formule simple, et depuis, début de décembre 1931, les selles sont régulières, bien moulées, faciles et sans douleurs, et il n'y a aucun suintement entre les garde-robes.

OBSERVATION XXI

Madame L. B..., 31 ans, est une constipée chronique, ayant subi de nombreux traitements sans résultats. Examinée à la radioscopie le 24 avril 1931, on ne détermine pas de douleur dans la région appendiculaire; la malade est revue le deuxième, le troisième et le quatrième jour, et on constate la présence persistante d'une partie de la baryte dans le cœcum; la stase est évidente, et il s'agit d'une constipation mixte. La malade prend alors, par périodes alternées de dix jours, une cuillerée à soupe de notre formule simple et de la graine de lin. Au bout de six semaines, on obtient une parfaite régularisation des selles. On espace alors le traitement, et la malade ne prend plus qu'une cuillerée à soupe de notre formule simple tous les deux ou trois jours.

OBSERVATION XXII

Mademoiselle Mad. L..., 6 ans, constipée depuis plusieurs mois avec des périodes d'entérite, soignée avec peu de résultats par de la bourdaine. Examinée le 28 novembre 1931, abdomen flasque, sensible, gargouillement dans la fosse iliaque gauche. Il s'agit d'une constipation mixte avec colite. On donne deux cuillerées à café de notre formule simple par jour; au bout de 48 heures, les selles sont régularisées. On continue quinze jours le même traitement, puis, pendant huit jours, on ne donne qu'une cuillerée à café; depuis, pas de traitement et selles régulières et normales.

OBSERVATION XXIII

Madame Ad. R..., 58 ans, sans profession, est une constipée chronique par atonie intestinale, ne va à la selle que tous les quatre jours si elle ne prend pas de laxatifs, dont elle en a essayé un grand nombre sans résultat satisfaisant. Il s'agit d'une constipation mixte avec quelques légers troubles généraux. La malade cesse tout traitement pendant cinq jours, puis le 1^{er} décembre 1931 prend, avant de se coucher, une cuillerée à soupe de notre formule simple. Le lendemain matin, elle est réveillée par d'impérieux besoins d'aller à la selle. Elle en a sept dans la journée, liquides, indolores, de couleur normale, sans glaires ni sang, mais qui laissent la malade très fatiguée.

Ce jour-là, elle se nourrit comme d'habitude et ne prend aucun laxatif le soir ; elle a néanmoins une selle moulée le lendemain. Depuis ce jour, elle prend régulièrement, un soir sur deux, une cuillerée à dessert de notre formule simple et, chaque soir, présente sans effort une selle moulée.

OBSERVATION XXIV

Monsieur J. L..., 60 ans, ouvrier, traité pour hypertension depuis 1926, date à laquelle il présenta une hémorragie cérébrale avec ictus et hémiplegie transitoire suivie d'une diminution persistante de la mémoire, a été opéré six fois pour fistules anales de 1905 à 1913. Le décubitus dorsal et le régime lacté lui causent à chaque fois, depuis une vingtaine d'années, une constipation rebelle.

Il est alité, le 27 novembre 1931, pour erythrodermie généralisée ; le 4 décembre, il présente une poussée purpurique aiguë des deux jambes avec clocher thermique, l'hémoculture révélant du streptocoque. Le régime lacté intégral est institué alors, le malade ne va plus à la selle. Le côlon est dilaté surtout à droite et à gauche, gargouillement dans la fosse iliaque droite, peu de troubles généraux. Il s'agit d'une constipation mixte.

Du 5 au 13, le malade prend, matin et soir, une cuillerée à entremets de notre formule simple, mais ne va cependant à la selle que grâce à des lavements. A partir du 14 décembre, on donne alors de notre formule composée ; jusqu'au 19, le lavement continue à être nécessaire, mais à partir du 20, sauf les 23 et 24, les selles sont normales et régulières. Le 12 janvier 1932, le malade suivait toujours le même traitement avec succès.

OBSERVATION XXV

Monsieur R. P..., 35 ans, médecin, présente, depuis deux ans, une douleur dans la fosse iliaque droite ayant éveillé à plusieurs reprises l'idée d'une appendicite chronique, accompagnée d'ailleurs de constipation, de nausées le matin, de langue saburrale et de céphalées. Une radioscopie faite en novembre 1930 montre que la douleur n'est pas appendiculaire ; cinq jours après, on note une persistance de la baryte au niveau du bas-fond cœcal. Il s'agit donc d'une constipation à prédominance droite. Divers traitements sont essayés sans résultats satisfaisants ; l'huile de paraffine donne une légère amélioration, mais cause des fuites qui en font supprimer l'emploi. En octobre 1931, le malade prend chaque soir une cuillerée à soupe de notre formule simple pendant un mois, puis continue régulièrement le traitement en en prenant seulement une fois tous les trois jours, sans aucune interruption. Les selles se sont parfaitement régularisées, les douleurs abdominales ont tout à fait disparu, ainsi que les céphalées et les nausées.

OBSERVATION XXVI

Monsieur J. T..., 57 ans, chauffeur de taxi, alité pour cirrhose anascitique, est constipé depuis un an, selles peu abondantes, tous les deux jours malgré l'emploi de purgatifs. Examiné le 27 octobre 1931, le malade, pâle, maigre, légèrement subictérique, se plaint de céphalée, anorexie, nausées, douleurs abdominales. La langue est saburrale, le foie, débordant à peine les fausses côtes, est sensible, le côlon ascendant est distendu, douloureux à la palpation, gargouillement dans la fosse iliaque droite. Il s'agit d'un hépatique avec constipation à prédominance droite. Nous lui donnons une cuillerée à soupe de notre formule composée, les douleurs se calment un peu et le malade a une selle par jour un peu liquide. Le 3 novembre, les selles deviennent trop fréquentes et liquides, trois et même six ; le 4 novembre, on cesse tout traitement, n'appliquant seulement que des compresses chaudes sur l'abdomen. Le 6 novembre au soir, on donne une cuillerée à soupe de notre formule simple ; le lendemain, deux selles diarrhéiques ; on recommence uniquement les compresses chaudes jusqu'au 10 novembre, puis on donne une cuillerée à entremets de notre formule simple par jour ; au bout de quinze jours, les selles sont régularisées et l'abdomen a recouvré son insensibilité ; depuis, le malade continue la même thérapeutique.

OBSERVATION XXVII

Madame Al. K..., 31 ans, brocheuse, opérée de salpingite en 1923, d'appendicite en 1924, présentant une bronchite chronique et des troubles de sinusite, est constipée depuis toujours. Elle est soignée pour un bubon traité par le dmelcos. Sa constipation est opiniâtre, elle ne va à la selle que tous les huit jours, malgré l'absorption de tisanes purgatives et de rhubarbe. Elle présente des hémorroïdes qui strient de sang ses matières, scybales dures et noires. Examinée le 28 octobre 1931, on trouve une malade amaigrie, de teint pâle, langue blanchâtre, en même temps céphalée. Le foie est normal, le côlon, palpable dans les fosses iliaques droite et gauche, est sensible. On trouve un cœcum douloureux et gargouillant. Il s'agit d'une constipation à prédominance droite, sans altération nette de la muqueuse. On donne deux cuillerées à soupe de notre formule simple, une le matin, une le soir, avec une selle par jour. Le 3 novembre, pas de selle; alors, on donne deux cuillerées à soupe de notre formule composée, puis le 5, une seule. Le 13 novembre, les hémorroïdes ont presque disparu; on donne une cuillerée à soupe de notre formule simple, les selles continuent à être régulières. Le 21 novembre, la malade cesse tout traitement, et depuis, faisant régulièrement de la gymnastique abdominale et prenant une cuillerée à soupe de notre formule simple deux fois par semaine, elle a des selles régulières et normales.

OBSERVATION XXVIII

Madame A. G..., 32 ans, sans profession, a eu une typhoïde à l'âge de 14 ans; il y a dix ans, grossesse gémellaire, accouchement provoqué au terme de sept mois de deux enfants débiles morts à 5 et 7 mois; il y a huit ans, pleurésie gauche; il y a cinq ans, fausse-couche de deux mois. Cette malade a présenté, il y a deux ans, un ictère infectieux avec stomatite et hémorragies gingivales, et depuis, elle se plaint de troubles digestifs vagues et de constipation. Il y a un an, elle a eu une première crise de cholécystite ayant duré trois jours, et qui s'est répétée tous les deux mois, jusqu'à une cure de Vichy ayant donné une amélioration notable. Le traitement a surtout été à base de vaccins anticolibacillaires et d'excitants de la sécrétion biliaire.

Donc, depuis deux ans cette malade est constipée, ne va à la selle que tous les deux ou trois jours et grâce à des préparations à base d'oléate de soude, d'extraits hépatiques ou de réglisse et à des purgatifs, mais ainsi elle a des coliques et n'obtient que des selles diarrhéiques. En même temps, hémorroïdes douloureuses, céphalée, amaigrissement, nausées et déficience de l'état général.

Depuis huit mois, cette malade prend une cuillerée à soupe, le matin, de notre formule simple, et cela quatre jours par semaine pendant trois semaines par mois; la quatrième semaine, la malade suspend ce traitement, car elle en suit un autre, à base de sulfates de soude et de magnésie, nécessité par son état hépatique. Ainsi, elle a pu obtenir une régularisation des selles qui offrent un aspect normal, une amélioration de l'état général avec augmentation de poids, une diminution de ses hémorroïdes qui ont presque disparu et ne sont plus douloureuses. Quand nous l'examinons au milieu de décembre 1931, nous trouvons une malade encore maigre, son foie est normal, à peine un peu sensible dans la région cholédocienne, le côlon est entièrement palpable, mais il y a déficience notable de la paroi abdominale, il est à peine sensible, mais présente encore un léger gargouillement dans la région cœcale. Des examens radioscopiques antérieurs l'avaient montré atone et distendu, surtout dans sa partie ascendante. Au cours de cet examen, nous avons découvert

un rétrécissement mitral à symptomatologie discrète entraînant une légère dyspnée d'effort et parfois, le soir, un peu d'œdème susmalléolaire.

Il s'agit donc d'une hépatique avec constipation à prédominance droite, dont on ne peut dire si elle était préexistante, mais qui a été remarquablement améliorée par notre traitement institué en corrélation, mais postérieurement au traitement hépatique, qui seul n'avait donné que peu de résultats.

OBSERVATION XXIX

Mademoiselle M. L..., 19 ans, sans profession, se plaint, depuis un an, de troubles dyspeptiques à type fonctionnel : digestions lentes et pénibles, sensation de ballonnement abdominal, inappétence, nausées le matin à jeun. L'état général est très touché, amaigrissement de 4 kilos en deux mois, en même temps constipation opiniâtre accompagnée de céphalée matutinale, douleurs abdominales, subictère des conjonctives, langue saburrale et amère, petites poussées thermiques à 37°8. Les selles sont rares et parfois diarrhéiques. Un traitement à l'agar-agar, suivi pendant deux mois, s'est montré très insuffisant, et les troubles persistant, la malade est examinée à la radioscopie qui montre un estomac de contours normaux, mais ptosé, descendant à un travers de doigt des crêtes iliaques et s'évacuant lentement, avec stase duodénale et ptose des dernières anses grêles agglomérées dans le petit bassin ; de plus, le transit intestinal est très retardé, le cadre colique est normal, sans points douloureux nets, mais avec un spasme léger du côlon droit.

Il s'agit d'une constipation à prédominance droite, avec ptose, que l'on traite par ceinture orthopédique, gymnastique, régime avec un peu d'iode, et on fait prendre après les trois repas une cuillerée à café de notre formule simple. En quinze jours, les selles sont redevenues absolument normales, et la malade ne prend plus qu'une seule cuillerée à café de notre formule simple le soir en se couchant. L'état général s'est rapidement amélioré et, en deux mois, la malade a augmenté de 4 kilos.

OBSERVATION XXX

Madame M. D..., 44 ans, opérée en 1912 de sinusite maxillaire, en 1917 et 1928 de sinusite frontale, a subi, en 1919, une laparotomie et hystérectomie pour péritonite post-salpingienne. Elle est constipée depuis la naissance de son enfant, en 1907. Depuis, elle ne va à la selle que très difficilement tous les trois ou quatre jours, éliminant des scybales dures et noirâtres mêlées à du mucus. Les huiles, les purgatifs, les salins, les drastiques, les pilules variées n'ont donné que peu de résultats. Seules des cures de raisin ont donné une amélioration, mais insuffisante et passagère. A l'examen, en novembre 1931, on trouve une malade fatiguée sujette à la dépression, avec anorexie, mauvais état général et poussée de sinusite frontale à chaque coryza. La paroi abdominale est déficiente, il y a aérocolie, le côlon est sensible, gargouillant dans la fosse iliaque droite, sujet à des crises de coliques et de contractions douloureuses. Il s'agit d'une constipation à prédominance droite. Le 23 novembre, la malade prend une cuillerée à entremets de notre formule simple; le 24, elle en prend deux; le 25, elle a une selle à peu près normale. Elle continue le même traitement, avec des selles journalières, mais insuffisantes et dures. Du 28 novembre au 4 décembre, la malade prend, matin et soir, une cuillerée à café de chacune de nos formules; du 5 au 17 décembre, une cuillerée à entremets de notre formule composée; à cette date, les selles sont presque redevenues normales. Depuis, la malade prend, matin et soir, une cuillerée à café de nos deux formules avec un résultat satisfaisant et même parfois supprime une ou deux prises de suite. Notons qu'en fin décembre, la malade a présenté un coryza sérieux ayant duré jusqu'au 5 janvier 1932, sans avoir aucun trouble de sinusite.

OBSERVATION XXXI

Monsieur J. M..., 26 ans, consulte, le 6 octobre 1931, pour douleurs abdominales et état nauséux; en même temps, il se plaint d'une constipation surtout quantitative; il a des matières insuffisantes, en scybales, mélangées à du mucus. Un examen radioscopique montre, six heures après le repas baryté, l'iléon vide presque complètement. En même temps, on détermine sous écran une douleur diffuse au niveau du cœcum et du côlon ascendant. Il s'agit donc d'une constipation à prédominance droite. Le malade prend alors une cuillerée à soupe de notre formule simple, chaque soir; en un mois, les selles sont complètement redevenues normales, les nausées et les douleurs spontanées ont disparu totalement; seule persiste une légère sensibilité provoquée à la palpation de la fosse iliaque droite.

CONCLUSIONS

La constipation habituelle est due, le plus souvent, à l'atonie avec, en plus, un élément de spasme et une dyskinésie fonctionnelle; elle est d'autant plus grave que la stase intéresse davantage le côlon droit.

Elle est causée, en général, par trois causes associées : mauvais régime alimentaire avec insuffisance de déchets, insuffisance musculaire, et mauvaise réaction péristaltique due en partie à une déficience d'excitations locales.

Il nous faut donc corriger l'alimentation, ordonner des massages et de la gymnastique abdominale, sauf s'il y a grosse participation du côlon droit, et rééduquer l'intestin.

Pour obtenir un résultat sur ce dernier point, nous emploierons des laxatifs mécaniques. Notre émulsion homogène d'huile de paraffine et d'agar-agar, parfois phénol-phtaléinée, est une composition sans inconvénients, d'usage facile, répondant aux résultats qu'on lui demande. Grâce à son emploi, les fonctions intestinales s'améliorent et se régularisent, les selles deviennent abondantes et moulées. L'état général ne tarde pas alors à se ressentir de cette amélioration. On remarque chez le malade une reprise de l'activité, la disparition des phénomènes dyspeptiques et nerveux, des hémorroides, en un mot de toutes les misères du constipé chronique.

Vu, le Doyen :

BALTHAZARD.

Vu, le Président :

CH. ACHARD.

Vu et permis d'imprimer,

Le Recteur de l'Académie de Paris :

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRÉ. — Forms, diagnosis and treatment of chronic constipation. *Sema. med.*, 2, 1385, 26 novembre 1925.
- ASCH. — La constipation en tant que maladie féminine. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* (Berlin), t. XLIX, n° 24, 15 juin 1923.
- F. BARADUC (de Châtel-Guyon). — Comment concevoir actuellement, dans la pratique, le diagnostic et le traitement de la constipation habituelle. *L'Hôpital*, n° B, mars 1923.
- BÉCART. — Les diverses variétés de constipation et leur traitement. *Bulletin et mémoires de la Société de Médecine de Paris*, n° 13, séance du 10 octobre 1930.
- BÉCART. — Les diverses variétés de constipation et leur traitement. *Arch. méd. de Province*, février 1931.
- BENSAUDE, GUÉNAUX et CONSTANTIN. — L'examen radiologique dans la constipation habituelle. *Journ. Méd. Franc.*, juin 1919.
- W. N. BOLDYREFF et J. H. KELLOG. — Influence des diverses sortes d'huiles introduites dans le rectum, sur la sécrétion gastrique. *Archives of international medicine*, t. XXXIV, n° 5, 15 novembre 1924.
- BURNIER. — De la constipation habituelle et son traitement. *Le Nord méd.*, 1^{er} janvier 1929.
- A. CADE. — Indications générales dans le traitement de la constipation. *La Clinique*, 7 décembre 1929.
- G. H. CALDWELL et A. W. CRANE. — Influence of phénol-phtaléin on intestinal movements. *Radiology*, 13, 403, 412, novembre 1929.
- CARNOT. — *Précis de thérapeutique*.
- CONSTANTIN. — Contribution à l'étude radiologique de la constipation habituelle. *Thèse Paris*, 1918.
- CORNIC. — A propos de la constipation physiologique. *Thèse Paris*, 1927.
- CORNWALL. — Remarks on constipation. *Med. journ. and rec.*, sept. 1928.
- DURAND. — Le traitement de la constipation proprement dite. *La Clinique*, décembre 1929.
- DUVAL et ROUX. — Constipation droite et gauche. *Am. A. D.*, 1910, 1914, 1920.

- C. FLEIG. — Etude physiologique et thérapeutique de deux purgatifs synthétiques, la phénol-phtaléine et le sodophthalyl. *Arch. inter. de Pharmacodyn.*, 18, 327, 1908.
- FRIEDRICH. — Diagnosis and treatment of constipation. *Med. Klin.*, 22, 1443, 17 septembre 1926.
- GAEHLINGER. — La conception classique de la constipation est-elle légitime ? *Marseille médical*, n° 13, 5 mai 1926.
- GAEHLINGER. — Essai de conception d'ensemble de la constipation; déductions thérapeutiques. *La Clinique*, n° 143, avril 1930, p. 132.
- R. GIBBSON. — Risk of liquid paraffin in chronic constipation. *Brit. M. J. K.*, 1, 876, 14 mai 1927.
- GOVAERTS. — Le traitement médical de la constipation. *Bruxelles médical*, 1927, p. 847.
- M. P. HARTENBERG. — Les purgatifs provoquent des crises chez certains épileptiques. *Soc. Méd. Paris*, 11 juin 1920.
- HURST. — Comment et pourquoi je traite ainsi la constipation. *La Clinique*, janvier 1930, p. 23.
- LANE. — Chronic intestinal stasis. *Surgery gynecology and obstetric*, juin 1918, p. 600.
- LE TANNEUR. — Notes pratiques sur l'emploi de l'huile de vaseline ou de paraffine dans la constipation. *Paris méd.*, 1915-16, t. XX, p. 593.
- LEVEN. — Les trois constipations; comment les traiter ou pourquoi ne pas les traiter. *La Clinique*, janvier 1930, p. 25.
- S. LÆWE. — Zur Wirkungweise der Paraffinpräparate. *Klin. Wochens.*, t. VIII, n° 40, 15 octobre 1929, p. 1950.
- S. LÆWE et F. LANGE. — Phénol-phtaléine détoxiquée. *Klin. Wochens.*, t. IX, n° 5, 1^{er} février 1930, p. 207.
- A. MARTINET. — L'agar-agar dans le traitement de la constipation chronique. *Presse méd.*, Paris, 1910, t. XVIII, p. 226.
- A. MARTINET. — *Thérapeutique clinique*. Masson, 1923.
- A. MATHIEU et J.-Ch. ROUX. — *Pathologie gastro-intestinale*, t. II, p. 113. Doin, 1925.
- J. et H. NEU. — Erfahrungen mit paraffinotherapie in der Kinder-und Frauenpraxis. *Deutsch. Med. Wchr.*, 53, 1696, 30 septembre 1927.
- NOBÉCOURT. — Traitement de la constipation des enfants. *La Clinique*, janvier 1930, p. 29, et *La Péd. prat.*, n° 52, 5 juin 1930, p. 512.
- PAUCHET. — Constipation chronique. *Congrès de Chirurgie*, 1912.
- PAUCHET. — Les deux constipations. *Journ. des prat.*, 15 octobre 1921.

- PAUCHET et SOUFFLAND. — Le traitement de la constipation chronique. *Le Prog. méd.*, n° 20, 19 mai 1928.
- REICHENECKER. — Traitement médical de la constipation droite. *La Presse therm. et climat.*, n° 3172, 15 avril 1930, p. 286.
- ROUX. — La constipation droite. *La Presse therm. et climat.*, n° 3172, 12 avril 1930, p. 265.
- L. G. ROWNTREE. — Note concerning the laxatives properties of the tribasic salt of phenolphthalic acid. *Jour. of Pharm. and experim. ther.*, 2, 469, 1911.
- SAVIGNY. — Classification nosologique des constipations et déductions thérapeutiques. *Journ. de méd. de Paris*, n° 12, 20 mars 1930, p. 244.
- H. SCHMEIDLER. — Treatment of chronic constipation with liquid paraffin préparations. *Fortsch d. Med.*, 45, 4 février 1927.
- H. SCHUBERT. — Agaral in der Krankenhaus praxis. *Med. Klin.*, 26, 708, 9 mai 1930.
- L. STRAUSS. — Neue Wege der obstipation therapie. *Fortsch*, 5, 184, 25 mars 1929.
- TAILLANDIER. — Considérations générales sur la constipation et traitement. *Les Sc. méd.*, 31 mars 1927.
- A. THIEL et R. DIEHL. — Beitrage zur systematischen indikatorenkunde uber phenolphtalein und phenolphtalein derivate. *Sitzungsb. d. gesellsch. z. Beford. d. ges. naturwzu Marburg.*, 62, 471, 1927.
- TIFFENEAU. — *Abrégé de pharmacologie.*
- H. VIGNES. — *Physiologie obstétricale normale et pathologique*, p. 217. Masson, 1923.
- R. WARLO. — Ein Beitrag zur Obstipations therapie. *Zentralbl. f. inn. Med.*, 49, 586, 23 juin 1928.
- WEISS. — La constipation et son traitement. *Revue médicale de la Franche-Comté*, août 1928, p. 243.
- WEISS. — Traitement rationnel de la constipation. *Arch. méd. chirurg. de Normandie*, n° 72, décembre 1929, p. 2745.
-

